



Certificado de Empresa y solicitud de reanudación agrupada de prestaciones por desempleo

Certificado de Empresa

① Datos de la empresa

Nombre o Razón Social _____ Cuenta Cotización ____ / ____ / ____
Domicilio Social _____
Localidad _____ Código Postal _____ Provincia _____

② Datos del trabajador

Nombre y apellidos _____ DNI o NIE _____
Nº Afiliación Seguridad Social ____ / ____ / ____ Tipo Contrato (1) _____ Profesión _____
Fecha Cese _____ Causa Cese (2) _____

Indique, en su caso, el coeficiente de actividad aplicable para el cálculo del Periodo Ocupación Cotizado (3): ____ , ____ . En este apartado deberá, además, cumplimentar para cada uno de los periodos trabajados o retribuidos, el código de actividad que figura en las instrucciones al dorso.

PERIODOS TRABAJADOS O RETRIBUIDOS EN EL MES ANTERIOR A LA FECHA DE CESE: (4)

DESDE	HASTA	A(5)	DESDE	HASTA	A(5)	DESDE	HASTA	A(5)
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

En _____ a, ____ de _____ de _____

Firma:

Solicitud de reanudación agrupada de prestaciones por desempleo

Tipo de Prestación Tipo de colectivo (A cumplimentar por el ISM)

① Datos del solicitante

Nombre y apellidos _____ DNI o NIE _____ Fecha solicitud _____
Fecha inicio nuevo periodo(6) _____ Observaciones _____

Firma del solicitante:

② Diligencia de documentación presentada en el trámite de la solicitud (A cumplimentar por el ISM)

DOCUMENTOS	COTEJADO		RECIBIDO	REQUERIDO
	COINCIDE	NO COINCIDE		
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observaciones

Se expide la presente diligencia de verificación de los datos reflejados en este impreso y los que aparecen en los documentos aportados. En el caso de que se le requiera la aportación de documentación dispone, según lo establecido en el art. 25.1 del R.D. 625/85, de 2 de abril, de un plazo de 15 días para su presentación, transcurrido el cual se archivará la solicitud, previa resolución, sin perjuicio de que pueda instar una nueva si su derecho no hubiera prescrito. El reconocimiento se ha realizado en base a los datos sobre los periodos trabajados o retribuidos, certificados por el empresario y, en su caso, aportados por el trabajador.

Requerimiento documentación

RECEPTOR SOLICITUD

Fecha:

Fecha:

Fdo.:

Fdo.:

PROPONENTE

TERMINALISTA

INTERVENTOR/A

EL / LA DIRECTOR/A PROVINCIAL

Fecha:

Fecha:

Fecha:

Fecha:

Fdo.:

Fdo.:

Fdo.:

Fdo.:



MINISTERIO
DE TRABAJO
E INMIGRACIÓN



INSTITUTO SOCIAL
DE LA MARINA

Certificado de Empresa y solicitud de reanudación agrupada de prestaciones por desempleo

Certificado de Empresa

① Datos de la empresa

Nombre o Razón Social _____ Cuenta Cotización ____/____/____
Domicilio Social _____
Localidad _____ Código Postal _____ Provincia _____

② Datos del trabajador

Nombre y apellidos _____ DNI o NIE _____
Nº Afiliación Seguridad Social ____/____/____ Tipo Contrato (1) _____ Profesión _____
Fecha Cese _____ Causa Cese (2) _____

Indique, en su caso, el coeficiente de actividad aplicable para el cálculo del Periodo Ocupación Cotizado (3): ____, ____, _____. En este apartado deberá, además, cumplimentar para cada uno de los períodos trabajados o retribuidos, el código de actividad que figura en las instrucciones al dorso.

PERIODOS TRABAJADOS O RETRIBUIDOS EN EL MES ANTERIOR A LA FECHA DE CESE: (4)

DESDE	HASTA	A(5)	DESDE	HASTA	A(5)	DESDE	HASTA	A(5)
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

En _____ a, ____ de _____ de _____

Firma:

Solicitud de reanudación agrupada de prestaciones por desempleo

Tipo de Prestación Tipo de colectivo (A cumplimentar por el ISM)

① Datos del solicitante

Nombre y apellidos _____ DNI o NIE _____ Fecha solicitud _____
Fecha inicio nuevo periodo(6) _____ Observaciones _____

Firma del solicitante:

② Diligencia de documentación presentada en el trámite de la solicitud (A cumplimentar por el ISM)

DOCUMENTOS	COTEJADO		RECIBIDO	REQUERIDO
	COINCIDE	NO COINCIDE		
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observaciones

Se expide la presente diligencia de verificación de los datos reflejados en este impreso y los que aparecen en los documentos aportados.

En el caso de que se le requiera la aportación de documentación dispone, según lo establecido en el art. 25.1 del R.D. 625/85, de 2 de abril, de un plazo de 15 días para su presentación, transcurrido el cual se archivará la solicitud, previa resolución, sin perjuicio de que pueda instar una nueva si su derecho no hubiera prescrito.

De acuerdo con lo previsto en el art. 228.1 del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, la entidad gestora deberá dictar resolución en el plazo de los 15 días siguientes a la fecha en que se hubiera formulado la solicitud de la prestación y cursar la notificación en el plazo de 10 días a partir de la fecha de su dictado, de conformidad con lo previsto en el art. 58.2 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

Una vez transcurridos tres meses desde la presentación de la solicitud de la prestación, si aún no hubiera sido notificada la resolución, el interesado podrá interponer reclamación previa según lo dispuesto en la Disposición Adicional vigésimoquinta, 2 del Texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social y en el art. 71.2 del Texto refundido de la Ley de Procedimiento Laboral, aprobado por Real Decreto Legislativo 21/1995, de 7 de abril, al entenderse desestimada la solicitud por silencio administrativo.

PROTECCIÓN DE DATOS.-La presente solicitud contiene datos de carácter personal que forman parte de un fichero de titularidad de la Dirección General del Servicio Público de Empleo Estatal, y autoriza a dicho titular a tratarlos automatizadamente con la única finalidad de gestionar funciones derivadas del motivo de la solicitud y, en su caso, cederlos a los Organismos señalados en la Orden de 27/7/1994, de 19/5/1995, TAS/628/2002, de 4 de marzo y TAS/1275/2003, de 29 de abril, a efectos de completar su gestión. Conforme a la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter personal, podrá ejercer el derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición.

Requerimiento documentación

Fecha:

Sello de la Unidad:

Receptor solicitud

Fecha:

Fdo.:

Fdo.:

www.seg-social.es

EJEMPLAR PARA EL INTERESADO

Información para el trabajador sobre la solicitud agrupada de prestaciones por desempleo

- Ud. podrá utilizar este impreso para solicitar la reanudación agrupada de las prestaciones si se encuentra en situación de desempleo con la jornada de trabajo reducida o la relación laboral suspendida por Expediente de Regulación de Empleo. También podrá solicitar esta reanudación si es trabajador fijo discontinuo o si trabaja con sucesivos contratos temporales en un mismo mes.
- Con la presentación de una sola solicitud el Servicio Público de Empleo le reanudará la prestación o el subsidio que se encuentre percibiendo, en base a los periodos trabajados o retribuidos certificados por la empresa, correspondientes al mes anterior a la fecha de cese o último día trabajado, mientras sea beneficiario de la prestación o el subsidio.
- Como máximo se le abonará la prestación hasta el día 30 del mes de la presentación de esta solicitud, salvo que con fecha anterior agote la prestación que se encuentra percibiendo u obtenga una nueva colocación.
- Esta modalidad de solicitud es voluntaria, pudiendo volver a acogerse en cualquier momento a la modalidad de reanudación establecida con carácter general.

Información para la empresa sobre la solicitud agrupada de prestaciones por desempleo

- El apartado 4 del art. 13 del Real Decreto 625/1985, de 2 de abril, simplifica la tramitación de la reanudación de las prestaciones por desempleo para colectivos de trabajadores fijos discontinuos, los afectados por Expediente de Regulación de Empleo de reducción de jornada o suspensión de la relación laboral y para aquellos que habitualmente trabajan para una misma empresa con sucesivos contratos temporales en un mismo mes.
- Para ello, el empresario podrá utilizar este impreso para certificar los periodos trabajados o retribuidos por el trabajador en el mes anterior a la fecha de último cese en la empresa.

Instrucciones de cumplimentación

- (1) Tipo de contrato: Fijo discontinuo, temporal (por obra o servicio, interino, en prácticas...)
- (2) Cumplimentar el código y literal correspondiente según tabla que se indica a continuación.

CÓDIGO	CAUSA
01	Despido del trabajador
02	Despido por causas objetivas
03	Muerte del empresario
04	Jubilación del empresario
05	Incapacidad del empresario
07	Cese en periodo de prueba a instancia del empresario
08	Cese en periodo de prueba por acuerdo del Consejo Rector en el supuesto de socios de cooperativas
09	Cese en periodo de prueba a instancia del trabajador
11	Fin de contrato temporal a instancia del empresario
12	Fin de contrato temporal a instancia del trabajador
13	Fin de la relación administrativa temporal de funcionarios de empleo y contratos administrativos
14	Traslado o modificación sustancial de las condiciones de trabajo
15	Fin o interrupción de la actividad de los trabajadores fijos-discontinuos
16	Extinción del contrato autorizada en E.R.E. o por auto judicial o constatada por la autoridad laboral en cooperativas
17	Suspensión del contrato autorizada en E.R.E. o por auto judicial o constatada por la autoridad laboral en cooperativas
18	Reducción temporal de jornada autorizada en E.R.E. o por auto judicial o constatada por la autoridad laboral en cooperativas
21	Baja voluntaria del trabajador
22	Finalización o resolución involuntaria del compromiso con las Fuerzas Armadas

- 3) A cumplimentar sólo en caso de trabajadores de empresas o sectores afectados por sistemas especiales de cotización, conforme a los siguientes códigos: I,33 (Sistema especial de frutas hortalizas y conservas vegetales, si trabajan los sábados); I,61 (Sistema especial de frutas, hortalizas y conservas vegetales, si no trabajan los sábados) y I,337 (Régimen Especial Agrario)
- 4) Indicar las fechas de inicio y fin en formato dd.mm.aaaa, (ej. De 07.09.2006 a 10.09.2006), correspondientes a los periodos trabajados o retribuidos I.T./Maternidad/Paternidad, vacaciones percibidas y no disfrutadas....)
- 5) Cumplimentar conforme a los siguientes códigos: 03 (Días de actividad); 04 (I.T./Maternidad/Paternidad) y 05 (Régimen Especial Agrario).
- 6) Cumplimente este apartado en el supuesto de que haya iniciado un nuevo periodo de trabajo en fecha posterior a la última certificada por la empresa.